ESSAI

N° 165.

SUR

LA PLEURÉSIE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 juillet 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR VICTOR LEFEBURE, du Havre,

Département de la Seine-Inférieure;

Membre des sociétés linnéennes de Paris et de Bordeaux, et des sciences chimiques et physiques de Paris.

Επὶ πλευριτιδι περιπνευμονιη, χαχον.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Président.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Suppléant.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy.
Arvers.	Gibert, *Examinateur.*
Baudelocque.	Kergaradec, *Examinateur.*
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Suppléant.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES.

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Tribut de reconnaissance et de piété filiale.

V. LEFEBURE.

INTRODUCTION.

Pour obtenir l'honorable titre de docteur, une dernière formalité reste à remplir, le candidat doit traiter un sujet de médecine. Parmi cette foule d'affections morbides aussi nombreuses que variées qui tourmentent l'espèce humaine, laquelle fixera notre choix? Pour le médecin philantrope toutes sont intéressantes, heureux de pouvoir soulager l'infortuné qui souffre, il n'est pas de douleur dont il ne désire connaître la cause pour la calmer.

Toutefois, soit que j'étudiasse les maladies sur la nature dans les cliniques, soit que je méditasse dans le silence du cabinet les descriptions que nous en ont laissées les auteurs, toujours il m'a semblé devoir fixer une attention toute spéciale sur celles qui s'offrent le plus fréquemment. Au nombre de ces affections se présente la pleurésie; comme toutes les inflammations, elle peut parcourir ses périodes avec rapidité, ou affecter dans sa marche une lenteur désespérante; ces deux formes, que l'on désigne, la première, sous le nom d'*aiguë*, et la seconde, sous celui de *chronique*, sont capables de fournir chacune matière à une dissertation; je ne m'occuperai que de la forme aiguë. On ne me blâmera pas de faire précéder l'histoire de la maladie par celle de ses désordres anatomiques; cette marche, qui serait déplacée dans la description spéciale d'une maladie, me paraît très-heureuse lorsqu'il s'agit d'une histoire envisagée d'une ma-

nière générale. Connaître, au préalable, l'anatomie pathologique d'un organe, c'est se rendre souvent moins hasardeuse l'explication du désordre de ses fonctions : de cette connaissance, il surgit aussi parfois d'heureuses indications thérapeutiques. J'exposerai les causes capables de préparer cette phlegmasie et celles qui peuvent la produire à l'instant. Je suivrai la pleurésie jusque dans ses terminaisons, son diagnostic et son prognostic, et j'arriverai naturellement à sa thérapeutique, complément essentiel des recherches du médecin, et sans lequel la médecine, cette science bienfaisante serait indigne de son nom.

Je ne me dissimule pas tout ce que cet essai aura nécessairement d'imparfait; une méditation soutenue des auteurs, une pratique longue et éclairée, sont indispensables à quiconque veut écrire dignement sur l'art de guérir; j'ai confiance, toutefois, dans l'indulgence des savans professeurs, et je m'estimerai très-heureux s'ils daignent donner à ce dernier acte probatoire l'assentiment si honorable qu'ils ont accordé aux cinq autres qui l'ont précédé.

ESSAI

SUR

LA PLEURÉSIE AIGUË.

Du temps d'*Hippocrate* et long-temps après lui, le mot *pleurésie*, pleuritis, des Grecs, comprenait toute espèce de douleur de côté, quelqu'en fût le siége et la nature; de nos jours la signification de ce mot est restreinte à l'inflammation de la plèvre, double membrane séreuse qui tapisse la cavité thoracique, et se réfléchit sur les poumons à la manière des autres membranes de même nature.

Ç'a été long-temps une question dans le monde médical, si la plèvre pouvait être enflammée sans que la phlegmasie pénétrât dans les lobes pulmonires, l'anatomie pathologique, plus cultivée de nos jours, a résolu affirmativement la question.

Anatomie pathologique.

A l'autopsie du cadavre des individus qui ont succombé à une plegmasie de la plèvre, on observe que les altérations varient selon l'intensité et la durée de cette phlegmasie.

Si la mort arrive le premier ou le second jour, on ne rencontre parfois qu'une légère injection vasculaire du tissu cellulaire sous-séreux, circonstance qui n'infirme nullement la valeur du diagnostic

pour quiconque se rappelle que des angines et des érysipèles, bien constatés pendant la vie, n'ont plus sur le cadavre laissé aucune trace qui pût attester leur existence. Lorsque l'inflammation s'est prolongée, la plèvre elle-même est rouge, ou ce sont des stries, ou de simples points qui traversent toute l'épaisseur de son tissu; d'autres fois c'est une teinte uniformément rouge.

Il n'est pas commun de rencontrer l'épaississement de la plèvre; ce qui a pu jeter dans l'erreur à cet égard, c'est tantôt l'épaississement du tissu cellulaire sous-jacent, tantôt le développement de tubercules miliaires très-nombreux, ou enfin l'existence de fausses membranes. Le péritoine, enflammé, perd souvent de sa consistence; ce phénomène se remarque rarement dans la plèvre.

La pleurésie n'offre pas seulement des altérations de tissu, elle en offre aussi dans ses sécrétions. Dans l'état sain, une vapeur séreuse lubrifie les surfaces pleurales; dans l'état inflammatoire, cette exhalation, sans doute, commence par être supprimée, mais bientôt elle éprouve un surcroît d'action. Limitée quelquefois à moins d'une once, on l'a vue égaler plusieurs pintes, soulever le thorax, refouler le diaphragme, bomber dans les hypochondres, déplacer le cœur; mais, avant tout, comprimer le poumon et anéantir sa fonction. De cette action toute mécanique, que de troubles dans l'économie !

La qualité du produit de l'exhalation présente autant de différences que nous en avons vu pour sa quantité; tantôt c'est un liquide limpide, de couleur citrine, tenant quelques flocons albumineux en suspension, tantôt de couleur fauve ou rousse; quelquefois les flocons albumineux tendent à se dissoudre dans le liquide, et lui transmettent l'apparence du petit-lait non clarifié; c'est ainsi qu'il peut en advenir dans les péritonites, fait considéré comme un épanchement laiteux, et méprise qui a fait dire à M. *Bricheteau*, que si la physiologie n'était venue rompre le cours de ces brillantes analogies, on aurait peut-être fini par y trouver du beurre et du fromage.

D'autres fois, c'est un véritable pus qui tapisse la surface enflammée, ou bien une couche molle, concrescible, étendue en membrane

consistante et de ressemblance plus ou moins marquée avec la couenne inflammatoire du sang. La forme de ces membranes offre des différences assez nombreuses, ou ce sont de simples granulations isolées, ou de larges plaques concrètes ; tantôt ces membranes tapissent toute la plèvre, tantôt elles s'étendent d'une surface à l'autre, et constituent des brides, des adhérences. Toujours ces membranes, que l'on désigne sous le nom de *speudo-membranes*, sont molles et facilement déchirables tant qu'elles sont récentes ; mais elles ont une grande tendance à s'organiser, comme le démontrent les nécroscopies de sujets autrefois atteints de pleurésie : généralement l'épaisseur de ces membranes surpasse celles des plèvres. Lorsque le produit de l'exhalation est du sang, ou il a coulé en petite quantité, et n'a que légèrement nuancé le liquide épanché, ou sa quantité a été considérable, et l'on retrouve des caillots qui occupent la partie la plus déclive de la poitrine.

Étiologie.

Causes prédisposantes. Les causes capables de préparer cette phlegmasie sont multipliées, on y retrouve la plupart de celles de toutes les inflammations : l'âge adulte, un tempérament sanguin ; une constitution pléthorique ; l'usage d'une alimentation vigoureuse ; l'omission d'une saignée accoutumée ; toute suppression d'une évacuation, soit habituelle, soit périodique, telle que la sueur, les menstrues, les lochies, le flux hémorrhoïdal, l'organisme étant disposé à une localisation plus ou moins brusque. Les saisons dont la température est inconstante, le printemps, l'automne ; l'existence d'une autre phlegmasie, particulièrement du poumon ou d'une autre membrane séreuse ; une sympathie de similitude paraissant associer intimement entr'eux les systèmes de même nature. On a remarqué que des pleurésies, méthodiquement traitées et complètement guéries, laissaient aussi à la plèvre une susceptibilité prodigieuse ; c'est, d'ailleurs, une disposition organique trop vraie, et que nous retrouvons dans les affections de tous les organes que cette tendance à récidive!

Causes efficientes immédiates. Les coups, les chutes, les contusions sur les parois du thorax se transmettent facilement aux plèvres; les blessures qui intéressent son tissu, les tiraillemens, frottemens, compressions résultant de quintes de toux violentes et opiniâtres, d'efforts de voix ou des muscles pour soulever quelque fardeau, etc., ont souvent déterminé une pleurésie.

Causes médiates. Les boissons à la glace, l'immersion subite dans l'eau froide, l'usage d'habits mouillés, un courant d'air froid, un simple abaissement subit de température, le passage d'une insolation active à l'ombre fraîche, le coucher sur l'herbe humide. L'action de ces causes est d'autant plus à craindre que l'individu qui se livre à leur influence est plus en transpiration. La grande généralité des pleurésies ne reconnaît pas d'autres causes.

Ajoutons encore, mais en seconde ligne, le frisson des fièvres intermittentes, une vive affection morale, particulièrement la frayeur.

Les métastases doivent aussi figurer dans le tableau des causes de la pleurésie : c'est ainsi qu'à la disparition d'une affection rhumatismale, goutteuse, herpétique, l'on a vu succéder la pleurésie la mieux dessinée. Il n'est pas toujours facile de distinguer si c'est le transport de ces affections qui cause la pleurésie, ou si ce n'est pas celle-ci qui détermine leur révulsion sur son tissu, point dont la distinction est du plus haut intérêt pour le traitement.

La pleurésie sera surtout à redouter pour l'infortuné qui, soumis à ces influences morbifiques, réunira à une conformation vicieuse du thorax, et surtout à son étroitesse, une circulation plus active.

Invasion.

Résultat d'une ou de plusieurs de ces causes, la pleurésie peut se présenter sous différens aspects, revêtir différentes physionomies. Comme toutes les inflammations, elle peut présenter diverses nuances dépendantes de son étendue, de son énergie, de la vivacité de ses périodes.

L'invasion de la pleurésie aiguë est précédée de tout l'appareil de symptômes ordinaires aux phlegmasies : lassitudes spontanées, sentiment indéfinissable de faiblesse, horripilation, frisson suivi de chaleur, soif vive, fièvre ardente; ou débute tout à coup par ses symptômes propres : douleur pongitive, lancinante et circonscrite, occupant le plus ordinairement le voisinage du sein, soit à droite, soit à gauche; envies fréquentes de tousser, que la douleur rend infructueuses; expectoration nulle, ou le malade ne rejette que quelques crachats glaireux et incolores; immobilité des côtes correspondantes au point phlogosé, respiration plus faible aussi dans ce point, inspiration douloureuse et comme avortée, décubitus habituel sur le dos. C'est ainsi que s'exprime la pleurésie partielle lorsqu'elle occupe quelpoint des surfaces costo-pulmonaires. Que de différences lorsqu'elle siége sur la plèvre diaphragmatique! La douleur se manifeste sur le rebord cartilagineux des fausses côtes, et s'étend tellement bas, qu'elle simule une péritonite; immobilité du diaphragme; la respiration ne s'exerce plus qu'au moyen des muscles thorachiques; anxiété extrême, orthopnée, inclinaison du tronc en avant, quelquefois le hoquet, plus rarement des nausées et des vomissemens.

La phlegmasie peut aussi envahir la totalité des plèvres. Alors douleur générale dans tout le thorax, toux nulle, parler bref; immobilité complète des côtes, et contrastant avec le cas précédent; respiration tout abdominale, inspiration prodigieusement douloureuse, décubitus impossible sur aucun côté; la position assise et penchée en avant est la seule tolérable; anxiété extrême, altération rapide des traits.

Quels que soient le siége et l'étendue de la pleurésie, la pression sur les espaces intercostaux ou sur l'abdomen, lorsqu'elle est diaphragmatique, exalte singulièrement la douleur.

Des symptômes sympathiques plus ou moins nombreux peuvent s'associer à ceux de la pleurésie : pouls dur, concentré et fréquent; rougeur des pommettes, chaleur et âpreté de la peau, sécrétion urinaire diminuée, urines rouges, anorexie, soif, constipation ou diar-

rhée, céphalalgie, quelquefois aberration du jugement, contractions irrégulières des muscles de la face, mouvemens convulsifs variés.

Marche et terminaison.

Lorsque la phlegmasie n'occupe qu'un espace très-circonscrit d'une plèvre, elle cède bientôt à un traitement approprié; deux ou trois jours suffisent à sa terminaison complète. D'autres fois, d'une violence extrême dans son premier élan, elle s'accroît rapidement, s'étend à toute la plèvre. Le danger est imminent, une foule de sympathies morbides entrent en jeu, et l'individu semble succomber rapidement à l'excès de la douleur : l'on conçoit, en effet, qu'une pareille phlogose doive réagir singulièrement sur le système nerveux. Dans des cas plus heureux, après avoir parcouru ses périodes de début et d'accroissement, resté quelque temps stationnaire, l'inflammation diminue d'intensité, et se dissipe dans l'espace de sept, quatorze ou vingt et un jours : cette terminaison, très-désirable, s'annonce par la rémission graduelle des phénomènes morbides ; la douleur s'apaise, la respiration devient plus facile, le pouls moins dur; sa fréquence diminue, la physionomie reprend son expression propre, les évacuations se rétablissent, la peau s'humecte.

Une terminaison malheureusement trop fréquente, c'est par l'épanchement d'un liquide dans la cavité des plèvres; ce liquide peut être du pus, de la sérosité ou du sang. Quelle que soit la nature de l'épanchement, son existence se reconnaît aux divers signes fournis par l'auscultation, la percussion, la mensuration, et, dans quelques cas rares, la succussion.

Lorsque le produit de l'exhalation est en petite quantité, le son de la poitrine s'obscurcit et devient tout à fait mat à mesure qu'il fait des progrès. Si l'on applique l'oreille nue ou armée du sthétoscope sur les parois du thorax, la respiration semble éloignée, et un phénomène particulier se manifeste. Si l'on fait parler le malade, sa voix revient par le cylindre en tremblottant, en un mot, il y a *égophonie*; mais

bientôt le bruit respiratoire devient nul, l'*égophonie* cesse de se faire entendre : soyez certain que l'épanchement augmente. On peut le soupçonner lorsque le décubitus, qui n'était pas possible sur le côté malade, est alors la position la plus fréquente, que la gêne de la respiration va toujours en croissant, que le refoulement des viscères abdominaux rend la suffocation imminente; mais il faut nécessairement s'aider de la percussion et de l'auscultation pour en avoir la certitude.

Le produit de l'exhalation peut devenir rapidement très-considérable et soulever le thorax même d'un demi-pouce : c'est alors le cas d'employer la mensuration, afin de pouvoir juger des progrès de l'épanchement vers sa diminution ou son accroissement. Quelquefois sa résorption est aussi prompte que l'avait été son exhalation, et l'on observe en sens inverse les phénomènes qui ont décélé sa formation; de mat le son redevient seulement obscur, l'égophonie se manifeste, le bruit respiratoire redevient sensible.

J'omets à dessein de parler de la succussion, moyen dangereux, qui ne doit être employé que dans l'insuffisance des autres, et dont les résultats, d'ailleurs, ne sont sensibles que lorsqu'il existe en même temps des gaz et des liquides dans la cavité des plèvres.

Diagnostic.

Si la pleurésie s'exprimait toujours par ses caractères tranchés, douleur pongitive dans un point de la poitrine, toux fréquente et comme avortée, inspiration brusque et douloureuse, dyspnée, qu'elle s'escortât de phénomènes sympathiques toujours les mêmes et d'une violence modérée, quelle maladie serait plus facile à diagnostiquer? Mais il s'est présenté des cas, rares à la vérité, où jusqu'au symptôme presque caractéristique manquait, la douleur elle-même. C'est ainsi qu'il arrive lorsque la pleurésie ne fait que se surajouter à une phlegmasie violente d'un autre organe. On est à même, dans ces circonstances, d'apprécier les avantages que l'on peut retirer de l'usage

du cylindre. L'absence prompte et subite du bruit respiratoire, l'apparition, puis la disparition et le retour de l'égophonie, deviennent des signes précieux. Il est quelques affections qui peuvent singulièrement embarrasser le diagnostic de la pleurésie : la péricardite et la pneumonie sont les principales. M. *Broussais* assigne pour caractères à la péricardite une douleur rapportée à la région précordiale, l'anxiété et l'insomnie portées au plus haut degré, la courbure en avant, et le coucher en pronation avec les genoux pliés. Tous les auteurs s'accordent à regarder comme pathognomonique de la péricardite une grande tendance aux lipothymies. Quant à la pneumonie, sans s'arrêter à la nature de la douleur, qui est obtuse et profonde, aux crachats rouillés, il suffit d'appliquer une oreille exercée sur les parois du thorax ; le râle crépitant dans le principe, plus tard l'absence de tout râle, la respiration bronchique, la matité du son, distingueront toujours une pneumonie d'une pleurésie. Il est une autre affection moins facile à distinguer, c'est la pleurodynie : toutefois une moindre intensité dans les symptômes, une douleur qu'augmente le toucher, aussi-bien sur les côtes que dans les espaces qu'elles laissent entr'elles, son exaltation par le mouvement des bras, pourront aider à établir cette distinction.

Prognostic.

Il ne saurait y avoir de prognostic applicable à tous les cas ; une foule de circonstances doivent lui imprimer des différences nombreuses.

Une pleurésie partielle et circonscrite à un petit espace est généralement une affection légère ; la diminution de la fièvre, une respiration plus facile, une douce transpiration, présagent bientôt une heureuse et complète solution.

Lorsque la pleurésie est diaphragmatique, toutes choses égales, le prognostic est incomparablement plus grave.

Si les deux plèvres sont envahies, le danger est imminent, le malade va succomber à l'intensité de la douleur.

Un épanchement s'est-il formé? le danger se mesurera sur sa quantité; plus elle augmentera, plus il sera grand. Si l'épanchement est double, assurément le prognostic est des plus fâcheux; l'on compte cependant quelques exemples de guérison. Lorsque la fièvre cesse, que la gêne de la respiration diminue, que les forces se soutiennent, c'est d'un heureux augure pour la résorption de l'épanchement.

Mais si, pendant la marche de la pleurésie, viennent à se développer une péricardite, une pneumonie, le prognostic est doublement grave; et *Hippocrate* a dit dans son style aphoristique : *A pleuritide peripneumonia, malum.*

En général, dit l'auteur des Phlegmasies chroniques, toutes les fois que la pleurésie simple est guérissable, on est surpris du bon effet des remèdes; mais lorsque la dyspnée, la fièvre persistent, quelque méthodique que soit le traitement, une terminaison funeste est à craindre.

Enfin, si tous les symptômes s'amendent, mais qu'il reste une légère douleur, que le pouls conserve sa fréquence, que la fièvre augmente vers le soir, il y a tout à penser que la pleurésie passe à l'état chronique.

Traitement.

Les causes et l'intensité de la phlegmasie, le tempérament et la constitution du sujet sont autant de circonstances qui doivent être prises en considération comme sources d'indications thérapeutiques.

La phlegmasie est-elle modérée? le sujet qu'elle affecte d'une constitution moyenne? doit-elle sa naissance à un coup léger, une chute, un refroidissement de peu d'instans? une application de sangsues sur le point douloureux, des cataplasmes émolliens, des bains et des boissons tièdes légèrement diaphorétiques auront bientôt triomphé de l'effort inflammatoire. Si l'origine manifeste de la pleurésie était une métastase, rappeler l'affection à son siége primitif serait l'indication principale.

Mais la pleurésie débute chez un sujet éminemment sanguin, elle résulte de l'omission d'une saignée habituelle, de la suppression brusque d'une évacuation, soit menstruelle, soit hémorrhoïdale; les sangsues indiquées dans le premier cas pourraient être ici insuffisantes; leur effet, trop lent et comme disproportionné à la rapidité de la congestion, ne ferait qu'ajouter au mal; bien plus, si la douleur est très-vive, un éréthisme nerveux peut s'établir, la peau se constituer dans un état de spasme; alors on aurait beau appliquer des sangsues, on obtiendrait très-peu de sang, et la stimulation qui résulterait de leur piqûre tournerait au profit de la phlogose pleurétique. *Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.* Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer une abondante saignée générale, peut-être cependant serait-il préférable de la répéter que de la faire de prime-abord si copieuse. Le premier effet d'une déplétion sanguine brusque et abondante est le refroidissement de la peau et la concentration des forces à l'intérieur; mouvement organique qu'il est si important d'éviter; ainsi l'on fera d'abord une saignée modérée : préciser la quantité de sang à extraire serait une témérité; l'on doit, à cet égard, se conduire d'après les indications; c'est alors qu'on retirera des saignées locales tout le bien qu'on peut en attendre; mais, pour les pratiquer, choisira-t-on les ventouses ou les sangsues? A cet égard les avis sont partagés, les uns préfèrent les ventouses, d'autres les sangsues, et ceux-ci s'appuient sur ce que l'application des ventouses sur le thorax détermine constamment un point pleurétique; douleur, inspiration douloureuse, et que d'ailleurs les malades ne peuvent souvent la supporter. Au contraire, l'application des sangsues est facile, presque inaperçue du malade, et de plus, l'écoulement qu'elle détermine se prolonge bien au delà de leur chute, avantage que n'offre pas la ventouse et singulièrement favorable à la dérivation de la tendance fluxionnaire vers les plèvres. Une précaution, est d'appliquer aussitôt après la chute des sangsues un large cataplasme émollient sur leurs piqûres. Les bains, dans cette nuance, sont dangereux; ils accélèrent trop le mouvement circulatoire, qu'il importe tant de calmer.

Si la pleurésie était due à une métastase, avant de chercher à rappeler l'affection à son siége primitif, il faudrait d'abord calmer la phlegmasie actuelle, attendre la chute de l'effort inflammatoire. Ces conditions remplies, s'il subsiste un reste d'irritation, un précepte rigoureux et sanctionné par l'expérience, c'est d'appliquer les excitans révulsifs sur le lieu primitivement affecté; des sangsues à la vulve pour la suppression des menstrues, à l'anus pour celle des hémorrhoïdes; des frictions irritantes, des sinapismes sur les articulations, sur la peau, pour la goutte, le rhumatisme.

Employer trop tôt cette médication, c'est méconnaître le fameux axiome d'*Hippocrate*, que j'ai déjà eu occasion de rappeler, *ex duobus doloribus*, etc., c'est s'exposer à tuer le malade. Il est d'ailleurs si souvent difficile de sûrement diagnostiquer si la cause de la pleurésie est une métastase, ou si celle-ci n'en est pas plutôt l'effet; lorsque l'on parvient à dompter la fougue de l'inflammation, que de fois ne voit-on pas ces évacuations, ces affections supprimées reparaître d'elles-mêmes sans qu'on ait rien fait pour provoquer leur retour.

Mais vainement le traitement antiphlogistique a été déployé dans toute sa vigueur; un épanchement s'est formé: faut-il encore saigner? Ou, pour diminuer la masse du sang qui, dans un temps donné, doit traverser le poumon, prévenir ainsi l'inflammation du parenchyme pulmonaire opposé, dont l'action d'hématose est doublée pour suppléer celle de son congenère, pour rendre moins pénible la respiration et faciliter enfin la résorption de l'épanchement. Tant que la dyspnée est considérable, la fièvre intense et les forces en bon état, on ne doit pas craindre d'insister sur les émissions sanguines.

Tel est le traitement convenable du début et du summum d'intensité de la pleurésie; mais il est un terme qu'on ne saurait dépasser sans témérité; c'est ici qu'est si utile ce tact médical que donne l'expérience. On a long-temps insisté sur les émissions sanguines; il reste cependant une légère douleur, un épanchement stationnaire; mais la chute des forces, la petitesse du pouls manifestent l'épuisement du

sujet ; le médecin prudent s'arrêtera ; restera-t-il observateur inactif du désordre des organes ? Une ressource puissante, par fois héroïque, peut être tentée, la révulsion ; je l'ai déjà dit, employée trop tôt, elle eût été funeste. Maintenant c'est en elle que repose tout notre espoir. Un large vésicatoire recouvrira tout le côté malade ; le vésicatoire est d'autant mieux indiqué que la stimulation qu'il exerce sur la peau se rapproche davantage de celle de la phlegmasie sur la plèvre ; sous l'influence de ce moyen, de douloureuses sympathies se réveillent souvent ; l'économie bientôt s'y accoutume, tout rentre dans le calme, et l'on ne tarde guère à s'applaudir de sa persévérance Si cependant la fièvre se rallumait, que la douleur se ravivât d'une manière inquiétante, on diminuerait la surface du vésicatoire, et même on le sécherait complètement, si cela devenait nécessaire. Malgré l'analogie des deux inflammations, celle que provoque le vésicatoire sur la peau et celle qui siége sur la plèvre, il arrive qu'aucun changement ne s'opère dans l'état du malade ; substituons alors au vés catoire un séton, à celui-ci un moxa qui sera converti en cautère ; en changeant ainsi le mode de vitalité de la peau, peut-être parviendrons-nous à guérir la pleurésie.

Ce serait en vain que l'art développerait toutes ses ressources, si l'on ne faisait concourir, dans toute la période d'acuité, une diète rigoureuse et toujours un régime sévère, des boissons tièdes, adoucissantes, légèrement sudorifiques et diurétiques vers la fin, pour favoriser la résorption de l'épanchement.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Ex duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

III.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 2.

IV.

Qui pleuritici facti non repurgantur supernè in quatuordecim diebus, his in suppurationem convertitur. *Sect.* 5, *aph.* 8.

V.

Quibus sanguinem de venis auferre conducit, his vere venam secare oportet. *Sect.* 7, *aph.* 53.

VI

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.